



La Plata, .../.../....

Subsidio por Maternidad / Paternidad

La que suscribe, asociada a la Agrupación Médica Platense, solicita al Consejo Directivo el otorgamiento del subsidio por MATERNIDAD/PATERNIDAD, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación respectiva.

Al efecto del otorgamiento, adjunto certificado de nacimiento.

Datos del Profesional:

Apellido y Nombre:

Matrícula:

Domicilio Particular:

Teléfono:

Firma

Informe de Asesoría Legal:.....
.....

Firma

Informe de Tesorería:

Registra Subsidio anterior: SI NO

Período: .../.../... al .../.../...
.../.../... al .../.../...

Estado de pago de Cuota Societaria:.....

Importe a Liquidar:.....

Observaciones:.....

Firma del Responsable

Resolución del Consejo Directivo: .../.../....

Aprobado SI NO

Ad Referendum próxima reunión del Consejo directivo.

Observaciones:.....
.....
.....

Requisitos:

- Certificado de nacimiento.
- Cuota Social al día.
- 1 año de agremiado.